

В ы в о д ы

1. Изолированное использование гипохлорита натрия у больных распространенным перитонитом по стандартной методике сопровождается тенденцией к угнетению иммунитета.

2. Сочетанное применение ЭДО с иммунной плазмой или лейкоцвезью наряду с детоксикационными эффектами способствует уменьшению иммунодепрессии.

3. Предлагаемая комбинация использования ЭДО в сочетании с иммунокорректорами дает дополнительные возможности в борьбе с эндогенной интоксикацией при разлитом перитоните.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Гаврилюк И. А. Бактериемический эндотоксический шок//Клинич. хирургия. 1980. N 1. С. 72—74.

2. Гудивок И. И., Шевчук М. Г., Гереча М. И. Интенсивная терапия больных с гнойно-септическим процессом и бактериальным шоком//Клин. хирургия. 1980. N 1. С. 21—22.

3. Киборт Р. В., Коган А. С., Куликов Л. К. и др. Естественная резистентность организма к инфекции при гнойно-некротических процессах и ее коррекция//Хирургия. 1984. N 11. С. 51—54.

4. Логинский В. Е., Короткий В. В. Тест восстановления нитросинего тетразола у здоровых людей и больных острым лейкозом//Лаб. дело. 1978. N 1. С. 26—30.

5. Мирошниченко А. Г., Орлов А. Б., Кочеровцев В. И., Соловьева Г. И., Зуева Е. В. Влияние гипохлорита натрия, полученного электрохимическим путем, на изменение свойств клеточных мембран//Тез. докл. респ. научн. конф. "Электрохимические методы в медицине". М., 1994. С. 13—14.

6. Мильков Б. О., Патратий В. К., Сидорчук И. И. и др. Применение плазмы доноров-реконвалесцентов в комплексном лечении перитонита//Хирургия. 1992. N 2. С. 45—49.

7. Овчинников В. А., Романов С. В., Мищенко Е. В. и др. Клинико-лабораторная оценка эффективности внутриартериальной инфузионной терапии в комплексном лечении гнойного перитонита//Тез. докл. Первого Московского международного конгресса хирургов. Москва, 1995. С. 70—72.

8. Петросян Э. А. Патогенетические принципы

и обоснование лечения гнойной хирургической инфекции методом непрямого электрохимического окисления: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. Краснодар, 1991. 21 с.

9. Федоровский Н. М. Непрямая электрохимическая детоксикация гипохлоритом натрия у больных гнойно-воспалительными процессами в брюшной полости//Тез. докл. респ. конф. "Электрохимические методы в медицине". Москва, 1991. С. 34—35.

10. Baehner K. L. Leukocyte oxidase: defective activity in chronic granulomatous disease//Science. 1967. Vol. 155. N 3764. P. 835—836.

11. Natula C., Paterson R. V. Spontaneous in vitro reduction of nitro-blue tetrazolium by neutrophils of adult patients with bacterial infection//New Engl. J. Med. 1971. Vol. 285. N 6. P. 311—317.

12. Richards P. S., Saba T. M. Alterations of fibronectin and reticuloendothelial phagocytosis function during adaptation to experimental shock//Circ. Shock. 1983. Vol. 10. N 3. P. 189—199. (New York).

Поступила 25.08.95 г.

THE COMBINATION OF USE HYPOCHLORIDE Na, LEUCOCONCENTRATE AND IMMUNE PLASMA AT THE COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH GENERALISED PERITONITIS

A. G. Miroshnichenko, M. A. Kazadze,
O. G. Izotova, C. D. Volkova, L. L. Pochovskaya

This article analyses results of the combination of use EDO (electrochemical detoxication of organism), leucoconcentrate and immune plasma on the condition of immune system and an specific resistance of patients organism with generalised peritonitis. The 71 patients have been examined and cured at the toxic grade and terminal grade of peritonitis. The basic exponents of immune system has been investigated before complex treatment, and through 5—7 days after treatment.

The result: treatment with standart dosis hypochloride Na of patients with generalised peritonitis at the terminal and toxic grades emanate to the compression of immune system.

At these patients inclusion in the programme of the intensive therapy with leucoconcentrate and plasma on the background EDO. Promoted more fast elimination of anemia, indications of the endointoxication and general inflammatory reaction.

Проф. П. В. ГАРЕЛИК

ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Гродненский медицинский институт, Республика Беларусь

Приводятся результаты лечения осложнений острого панкреатита у 158 больных. Автором разработана классификация осложнений, что позволяет более полно проводить их систематизацию и анализ. Подробно описывается консервативное и хирургическое лечение наиболее часто встречающихся ос-

ложнений. Приводятся эндоскопические методики, которые с успехом применены при ферментативном перитоните и кистах поджелудочной железы. У отдельных больных они могут служить альтернативой операциям, выполняемым из лапаротомного доступа. Послеоперационная летальность составила 16,5%.

Непосредственной причиной смерти больных острым панкреатитом являются различные осложнения, которые при деструктивных формах заболевания встречаются в 6,7—60% случаев [3, 5]. При незначительных изменениях в поджелудочной железе могут наступить выраженные инфильтративные и гнойные процессы в парапанкреатической клетчатке [4, 8], вплоть до развития забрюшинной флегмоны [5]. Трудную задачу представляет собой лечение гнойного панкреатита [8, 11]. У отдельных больных течение заболевания осложняется образованием острой кисты поджелудочной железы [7]. Наблюдаются патогномичные изменения при остром пан-

креатите в легочно-дыхательной системе [2, 6]. Другие осложнения острого панкреатита встречаются реже, хотя их распознавание и лечение не всегда являются успешными.

Материалы и методы

Нами проанализированы результаты лечения 158 больных острым деструктивным панкреатитом, у которых имелись различные осложнения, причем у 33 из них наблюдались сочетания осложнений. Единая классификация осложнений панкреатита в настоящее время отсутствует. Мы разработали и придерживаемся в повседневной практике следующей классификации (см. табл.).

Виды осложнений острого панкреатита

Т а б л и ц а

№№ п. п.	Вид осложнения	Число больных
1.	Осложнения со стороны органов брюшной полости и забрюшинного пространства	118
1.1.	Инфильтративный парапанкреатит	17
1.2.	Гнойный панкреатит и парапанкреатит	32
1.3.	Ферментативный перитонит	20
1.4.	Острая киста поджелудочной железы	28
1.5.	Аррозивные кровотечения	6
1.6.	Острая язва желудка, осложненная кровотечением	3
1.7.	Деструкция желудка	3
1.8.	Деструкция двенадцатиперстной кишки	5
1.9.	Деструкция толстой кишки	3
1.10.	Деструкция тонкой кишки	1
2.	Осложнения со стороны органов грудной клетки	22
2.1.	Пневмония	15
2.2.	Плеврит	7
3.	Осложнения со стороны центральной нервной системы (токсическая энцефалопатия, интоксикационный делирий)	18
4.	Сочетанные осложнения	33

Результаты и обсуждение

Наиболее многочисленной и сложной группой осложнений являлись осложнения со стороны органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Возникновение инфильтративного парапанкреатита происходило чаще на третьей неделе и в более отдаленные сроки развития заболевания. Наряду с клиникой острого панкреатита при пальпации живота в проекции поджелудочной железы определяли опухолевидное образование. Иногда встречались трудности в дифференциальной диагностике инфильтративного и гнойного парапанкреатита и острой кисты поджелудочной железы.

В последние годы в трудных случаях диагностики прибегали к ультразвуковому исследованию (УЗИ) и лапароскопии, инструментальной пальпации образования и пункции иглой под контролем лапароскопа или УЗИ. Если при этом отсутствовала флюктуация и не было отделяемого по игле, то ситуацию расценивали как инфильтративный парапанкреатит. Комплекс лечебных мероприятий при данном осложнении включал в себя общепринятые лекарственные средства, а также цитостатики (циклофосфан по 3 мг/кг массы больного внутривенно в течение 3—5 дней), жировые эмульсии (20% липофундин по 500 мл внутривенно) и большие дозы антибиотиков (полусинтетические пенициллины, аминогликозиды). У 5 больных с длительно существующим парапанкреатическим инфильтратом при отсутствии эффекта от консервативного лечения с успехом применяли рентгенотерапию. Если парапанкреатический инфильтрат распознавался во время лапаротомии, то операцию дополняли введением микроирригатора в забрюшинное пространство. Перед этим парапанкреатическую клетчатку и корень брыжейки тонкой кишки инфильтрировали новокаином с антибиотиками, у основания брыжейки поперечно-ободочной кишки надсекали брюшину и в забрюшинную клетчатку по направ-

лению к поджелудочной железе тупо вводили зажим Бильрота. В образовавшийся туннель укладывали микроирригатор, фиксировали его кетгутовой лигатурой к брюшине и выводили наружу через отдельный прокол брюшной стенки. Сальниковую сумку и брюшную полость превентивно дренировали хлорвиниловыми трубками. После операции через каждые 4—6 часов по микроирригатору вводили антибиотики на 40 мл 0,25% раствора новокаина.

Гнойное расплавление поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки требовало еще более энергичных методов лечения. Все больные данной группы были подвергнуты оперативному вмешательству. Во время лапаротомии из полости малого сальника удаляли гнойный экссудат, свободно лежащие секвестры жировой ткани и поджелудочной железы. Некрэктомии выполняли только в тех случаях, когда четко определялись нежизнеспособные ткани. Сомнительно жизнеспособные ткани не удаляли, при этом рассчитывали на то, что в послеоперационном периоде жизнеспособность их восстановится или, в противном случае, они будут удалены через дренажи. Таким образом, выполняемые операции были щадящими в отношении поджелудочной железы. Во всех случаях производили дренирование сальниковой сумки и брюшной полости по Бакулеву или Шалимову, но основная дренирующая трубка была двухпросветной. В послеоперационном периоде по данной трубке производили постоянное орошение антисептиками сальниковой сумки и активную аспирацию из последней. Однако такой способ дренирования не во всех случаях способствует адекватному санированию сальниковой сумки. Иногда, несмотря на большой диаметр, дренирующая трубка забивается некротическими тканями, а секвестры больших размеров вообще не удаляются. В связи с этим в последнее время мы применили другой способ дренирования сальниковой сумки. После выполнения некр- и секвестрэктомии

производили операцию по типу марсупиализации сальниковой сумки, т. е. рассеченную желудочно-ободочную связку подшивали к разрезу передней брюшной стенки в левом подреберье. Через образовавшееся отверстие в полость сальника вводили марлевые тампоны. В послеоперационном периоде в отдельных случаях первые перевязки производили под наркозом. После извлечения тампонов выполняли ревизию сальниковой сумки. Тупфером или другим инструментом удаляли некротические ткани, отмывали полость сальника струей антисептиков под давлением. Перевязки с заменой тампонов и ревизией полости производили ежедневно. Активная санация сальниковой сумки уменьшала интоксикацию организма, способствовала купированию процесса в поджелудочной железе. При флегмоне забрюшинного пространства гнойная полость дополнительно дренировалась марлевыми тампонами и трубками, выводимыми наружу через разрезы по боковым стенкам живота.

Острая киста поджелудочной железы как осложнение деструктивного панкреатита встречалась довольно часто. По нашим данным, у 20 человек кисты были простые, у 8—осложненные. Среди осложнений у 3 человек наступил разрыв острой кисты, еще у 4 отмечено нагноение кист, у 1 больного развилось кровотечение в полость кисты. Все больные с кистами поджелудочной железы были оперированы по срочным показаниям. В зависимости от состояния стенок кисты и ее содержимого производился выбор оперативного пособия. После вскрытия кисты из ее полости удаляли не только экссудат, но и некротические ткани. Санировали полость кисты антисептиками с добавлением иодоната, что в последующем способствовало росту грануляций и облитерации кист. При рыхлых инфильтрированных и тонких стенках кисты, что отмечено у 18 больных, операцию закончили наружным дренированием. Дренажную трубку проводили в полость кисты через желудочно-ободочную связ-

ку. При повторных операциях у 2 больных технически проще было провести трубку через малый сальник. Наружное дренирование кист было возможным и без лапаротомии. Оно осуществлялось во время лапароскопии (5 человек) или под контролем УЗИ (2). В послеоперационном периоде в полость кисты вводили антисептики, антибиотики, а также “коктейль”, состоящий из нативной плазмы, жировой эмульсии и полиглобина. Набор данных препаратов позволял инактивировать панкреатические ферменты, содержащиеся в полости кисты. Наружное дренирование кист во всех случаях было эффективным: просвет кисты облитерировался за время пребывания в стационаре. У 2 человек наступило выздоровление во время амбулаторного лечения. У остальных пациентов стенка кисты оказалась сформированной. В связи с этим выполнено внутреннее дренирование: в трех случаях наложен цистоеюноанастомоз с межкишечным анастомозом по Броду и заглушкой приводящей петли по Шалимову, в пяти—анастомоз между кистой и выключенной по Ру петлей тощей кишки, в двух—цистодуоденоанастомоз. Отдаленные результаты этих операций оказались хорошими.

Одним из грозных осложнений деструктивного панкреатита являлись аррозивные кровотечения из сосудов ложа поджелудочной железы. Известные способы остановки кровотечения в подобных случаях являются малоэффективными. Трое из этих больных подвергнуты релапаротомии. Производилось прошивание кровоточащих сосудов, однако наступил летальный исход. Еще одна больная умерла от интенсивного обильного кровотечения без релапаротомии. Кровотечение было настолько сильным, что смерть наступила в течение нескольких минут. В двух случаях кровотечение было не таким обильным, и оно остановлено без операции путем тугой тампонады сальниковой сумки.

При деструктивном панкреатите возможны профузные кровотечения в просвет желудка. Острые язвы желудка,

осложненные кровотечением, встретились у 3 больных. В двух случаях кровотечение было необильным и на фоне общего тяжелого состояния больных при жизни распознано не было. У третьего больного кровотечение было диагностировано, но консервативная гемостатическая терапия успеха не имела. Больному произведена резекция желудка, однако наступил летальный исход от прогрессирующего панкреонекроза.

Осложнение острого панкреатита в виде ферментативного перитонита возникало чаще в первые дни заболевания. У этих больных выполняли лапароскопию и лапароскопическое дренирование брюшной полости так, как это рекомендуют В. С. Савельев и соавторы (1977). В послеоперационном периоде производили инфузию смеси лекарственных веществ в брюшную полость: раствор Рингера, новокаин, антибиотики, цитостатики. Данная методика лечения ферментативного перитонита не была эффективной только у 3 больных, которым вынуждены были произвести лапаротомию в связи с гнойными осложнениями панкреатита.

Деструкция органов желудочно-кишечного тракта чаще всего являлась исходом прогрессирующего гнойно-некротического панкреатита и парапанкреатита. Не во всех случаях это осложнение было распознано своевременно. При жизни больных дважды была установлена деструкция задней стенки желудка. У 1 больного произведено ее ушивание, в другом случае—резекция желудка. У 2 пациентов наступило расплавление медиальной стенки двенадцатиперстной кишки с образованием кишечных свищей, которые закрывались при консервативном лечении. Причиной перитонита у одной из больных явилась деструкция начального отдела тощей кишки, которая была ушита. У остальных больных деструкция 12-перстной кишки, поперечно-ободочной и нисходящей толстой кишок явилась секционной находкой.

Гнойный перитонит как самостоятельное осложнение мы не выделяем,

он являлся следствием или сочетался с другими осложнениями. Лечение гнойного перитонита было таким же, как и при других заболеваниях. Лучшие результаты получены при открытых методах лечения. Перитонеостомия в течение 3—5 дней оказалась эффективной не только при перитоните, но и при инфильтративно-некротических формах панкреатита.

Наиболее частыми осложнениями со стороны легких и плевры являлись пневмония, плевриты, ателектазы легких. Данные осложнения потребовали назначения антибиотиков (полусинтетические пенициллины, цефалоспорины), ингаляций лекарственных веществ, ЛФК. При плевритах по показаниям производили пункции плевральной полости. Осложнения со стороны легких и плевры отягощали течение заболевания, однако они не были основной причиной смерти больных. Осложнения со стороны центральной нервной системы проявлялись в виде токсической энцефалопатии и интоксикационного делирия. Последний иногда протекает по типу алкогольного делирия, и больные с острым панкреатитом могут быть ошибочно госпитализированы в психиатрическую клинику, что произошло с 2 пациентами. Механизм развития данных осложнений связан с воздействием на головной мозг ферментов поджелудочной железы, и в частности, фосфолипазы А, а также продуктов ее гидролиза—лизифракций фосфолипидов [1].

Наряду с общепринятой терапией острого панкреатита для ликвидации энцефалопатии применяли большие дозы витамина В₁₂ (500 мкг), а также такие препараты, как оксibuтират натрия, унитиол, галоперидол, иногда седуксен. Летальных исходов, связанных с расстройством со стороны центральной нервной системы, не было.

В группе сочетанных осложнений наблюдались больные, у которых имелись 2 и более осложнений. Наиболее часто наблюдались сочетания гнойного панкреатита, парапанкреатита и деструкции полых органов с разлитым

гнойным перитонитом. Вторым по частоте явилось сочетание осложнений со стороны поджелудочной железы и легких. Среди редких сочетаний осложнений панкреатита в одном случае отмечен переход гнойно-воспалительного процесса с парапанкреатической клетчатки в заднее средостение с развитием гнояного медиастинита. В другом наблюдении при гнойном парапанкреатите, несмотря на широкое дренирование забрюшинного пространства, наступило секвестрирование пара-нефральной клетчатки справа. После повторных секвестрэктомий произошло оголение почки и ее сосудистой ножки, что создавало угрозу аррозивного кровотечения. У обоих больных наступил летальный исход.

Из 158 человек с осложнениями острого деструктивного панкреатита умерло 26 (16,5%). Основными причинами смерти явились: перитонит как осложнение гнояного панкреатита или деструкции полых органов (15 больных), острое аррозивное или язвенное кровотечение (5), острая печечно-почечная недостаточность (6).

Таким образом, распознавание и лечение осложнений острого панкреатита продолжает оставаться важнейшей задачей. Выбор метода эндоскопического или хирургического пособия должен производиться индивидуально в зависимости от характера осложнений. Профилактикой осложнений является своевременное и адекватное консервативное лечение острого панкреатита.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Бабюк Ю. В.* Обмен фосфолипидов печени, головного мозга и крови при остром экспериментальном панкреатите у крыс и эффективность тиосульфата на этом фоне: Автореф. дисс. канд. мед. наук. Ереван, 1978. 28 с.
2. *Багдатов В. Е., Жадкевич М. М.* Гемодинамические и дыхательные нарушения при ге-

моррагическом панкреонекрозе и пути их коррекции//Панкреонекроз: Диагностика, лечение. М., 1986. С. 68—72.

3. *Гидирим Г. П.* Осложнения острого панкреатита (патогенез, клиника, диагностика, лечение): Автореф. дисс. докт. мед. наук. М., 1983. 45 с.

4. *Кадошук Ю. Т.* Профилактика и лечение гнойно-некротических осложнений острого панкреатита: Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 1989. 16 с.

5. *Кубышкин В. А., Клыпин А. Ю., Шматов В. А.* Гнойно-септические осложнения острого панкреатита//Вестник хирургии. 1987. N 9. С. 131—135.

6. *Ларкина Т. Д.* Легочно-плевро-диафрагмальные осложнения острого панкреатита: Автореф. дисс. канд. мед. наук. Л., 1983. 17 с.

7. *Палатова Л. Ф., Смоленков С. В., Коровникова Н. И.* Кисты поджелудочной железы как исход острого панкреатита//Труды ин-та (Пермский медицинский институт). 1982. Т. 154. С. 38—40.

8. *Тоскин К. Д., Старосек В. И.* Принципы хирургического лечения гнойно-висцеральных осложнений панкреонекроза//Хирургия. 1990. N 1. С. 72—75.

9. *Филин В. И., Гидирим Г. П., Вахетко Р. В. и др.* Осложнения и летальность при остром панкреатите//Хирургия. 1982. N 6. С. 92—95.

10. *Чумак П. Я.* Острый панкреатит и его осложнения (клиника, диагностика и хирургическое лечение): Автореф. дисс. докт. мед. наук. Киев, 1982. 35 с.

11. *Шалимов С. А., Земсков В. С., Подкрятов С. Е. и др.* Гнойно-септические осложнения деструктивных форм острого панкреатита//Хирургия. 1982. N 1. С. 78—80.

Поступила 15.08.95 г.

COMPLICATION OF THE ACUTE PANCREATITIS

P. V. Garelik

We have an acute pancreatitis complications treatment results in 158 patients. The classification of this complications developed by the authors give us a possibility to systematize and to analyse them perfectly. Conservative and surgical therapy of the most frequent complications is described in detail. The endoscopic techniques having been used successfully to fermentative peritonitis and pancreatic cysts are shown. At separate patients they can be used as alternative methods to operations, executed from laparotomic approach. Lethality after operations was 16,5%.